令和　　年　　月　　日

飯田短期大学　地域連携センター　行

TEL 0265-22-4467　FAX 0265-22-4468

Mail renkei@iida.ac.jp

**講　師　派　遣　計　画　書**

下記のとおり講師派遣を申し込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| 希望講師名　※第2希望がある場合は、記入してください | |
| 第１希望  （教員名） | 第２希望  （教員名） |
| 団体名 | |
| 代表者氏名 | |
| 住所　〒 | |
| 連絡先（TEL）　　　　-　　　-　　　　　（FAX）　　　　-　　　- | |
| （e-mail） | |
| 講演希望日時 | |
| 【第1希望】　　　　　　年　　月　　日　　（時間　　：　　～　　：　　まで） | |
| 【第2希望】　　　　　　年　　月　　日　　（時間　　：　　～　　：　　まで） | |
| 【第3希望】　　　　　　年　　月　　日　　（時間　　：　　～　　：　　まで） | |
| 講演テーマ・内容 | |
| 対象者 講演対象者・人数 | |
| 講師に係る旅費等の負担  ある　　　　　　・　　　　　　なし | |
| 備考 | |